

FAX 番号 0 4 8 - 7 3 6 - 6 1 2 2
 しあわせ野介護タクシーご利用申込書

年 月 日

フリガナ		性別	男	女	年齢	才
ご利用者氏名						
ご住所						
電話番号		携帯				
ご依頼人						
ご依頼人電話						
ご利用日		お迎えが必要な場合記入				
乗車時間						
乗車場所						
乗車住所						
乗車地電話						
目的地						
目的地住所						
目的地電話						
付添同乗者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 乗車人数 _____ 人					
貸出用具	<input type="checkbox"/> 車いす					
	<input type="checkbox"/> リクライニング車いす					
	<input type="checkbox"/> ストレッチャー					
	<input type="checkbox"/> 自己所有の車いすを使用					
	<input type="checkbox"/> 不要					
備考						